

ACCESO JUDICIAL AL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN: LA SITUACIÓN EN ESPAÑA.

María del Carmen Negre Muñoz

Profesora Asociada

Pascual Gil Pitarch

Profesor Colaborador

Unidad Docente de Medicina Legal y Forense

Universitat de València

Correspondencia: carmen.negre@uv.es

Resumen

En este trabajo se plantean las dificultades prácticas, incluso imposibilidad, de acceder al certificado médico de defunción y de forma específica a las causas de la muerte, a pesar de solicitar dicha información con fines judiciales, para esclarecer un hecho penal.

Se analizan los motivos y se establece una propuesta que puede beneficiar tanto a la Justicia como a la investigación en el ámbito sanitario.

Palabras clave: certificado médico de defunción, causas de muerte, secreto estadístico.

Abstract

This paper deals with the practical difficulties, even impossible, to access the medical death certificate and specifically to the causes of death, although this information request for judicial purposes, to clarify a criminal act.

Analyzes the reasons and set a proposal that can benefit both the Justice and research in the health field.

Keywords: medical certificate of death, causes of death, statistical confidentiality.

INTRODUCCIÓN

El certificado médico de defunción es un documento medicolegal. Se consideran tales, todas “las actuaciones escritas empleadas por el médico en sus relaciones con las autoridades, los organismos oficiales, el público y aun los particulares” (1)

Son muchos los documentos elaborados por el médico en el ejercicio de su profesión. De ellos unos tienen un predominante fin asistencial y otros legal (ejercicio de un derecho o cumplimiento de una

obligación) (2) El certificado médico de defunción lógicamente se incluye en el segundo grupo, es decir, su finalidad no es asistencial, pero contiene datos clínicos. En algunos procedimientos judiciales puede ser fundamental conocer los datos clínicos de dicho documento: las causas de la muerte.

En este trabajo se plantea la dificultad de acceder a dicha información, incluso para esclarecer un posible delito.

JUSTIFICACIÓN

En este trabajo se plantea la circunstancia de que determinada información de carácter médico-sanitario, como son las causas de muerte, es difícilmente accesible a los órganos judiciales y otras entidades, por encontrarse recogida en un documento sometido a secreto estadístico. Pensamos que las dificultades se reducirían si esta información formara parte de la historia clínica, puesto que la normativa contempla específicamente el acceso judicial a la misma.

Asimismo, pensamos que las trabas al acceso no sólo afectan a los fines de investigaciones judiciales, sino a otras investigaciones clínicas.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CONCEPTO

Como se ha dicho, se trata de un documento medicolegal, que se emite por obligaciones legales. Al tratarse de un certificado, el médico que lo emite da fe de que la información que contiene es veraz. En él constan

datos personales (identidad), clínicos (causas de la muerte) y circunstanciales (lugar y hora del fallecimiento)

FINALIDAD

Su finalidad es doble jurídica y epidemiológica (3, 4)

A) Jurídica

Según la legislación vigente, la personalidad se extingue por la muerte de la persona (artículo 32 del Código civil) (5) y esta circunstancia se hace efectiva mediante su inscripción en el Registro Civil.

Artículo 81 de la Ley del registro civil (6) “La inscripción hace fe de la muerte de una persona y de la fecha, hora y lugar en que acontece”.

Artículo 85 de la Ley del registro civil (6). “será necesaria certificación médica de la existencia de señales inequívocas de muerte”

Es obligación médica dar parte de defunción

Artículo 274 del Reglamento del registro civil (7) “El facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver enviará inmediatamente al Registro parte de defunción en el que, además del nombre, apellidos, carácter y número de colegiación del que lo suscribe, constará que existen señales inequívocas de muerte, su causa y, con la precisión que la inscripción requiere, fecha, hora y lugar del fallecimiento y menciones de identidad del difunto, indicando si es conocido de ciencia propia o acreditada y, en este supuesto, documentos oficiales examinados o menciones de identidad de persona que afirme los datos, la cual también firmará el parte”.

La ley 20/2011 (8) que entrará en vigor en julio de 2014 mantiene básicamente la práctica médica habitual en las defunciones, pero remarca la importancia del certificado médico de defunción para la inscripción

en el registro civil y contempla la posibilidad de solicitar dictamen médico aclaratorio.

“Artículo 62.- Inscripción de la defunción.

1. La inscripción en el Registro Civil de la defunción es obligatoria. La inscripción hace fe de la muerte de una persona y de la fecha, hora y lugar en que se produce. En la inscripción debe figurar asimismo la identidad del fallecido.

2. La inscripción de la defunción se practicará en virtud de declaración documentada en el formulario oficial, acompañado del certificado médico de la defunción. En defecto de certificado, cuando éste sea incompleto o si, a juicio del Encargado, debe complementarse la documentación acreditativa del fallecimiento, se requerirá dictamen médico del facultativo.

3. El funcionario competente, una vez recibida y examinada la documentación, practicará inmediatamente la inscripción y expedirá el certificado de la defunción.

El Encargado, una vez practicada la inscripción, expedirá la licencia para el entierro o incineración en el plazo que reglamentariamente se establezca.

4. La inscripción de la defunción cerrará el registro individual. En ningún caso, el código personal podrá volver a ser asignado.

Artículo 66. Certificado médico de defunción.

En ningún caso podrá efectuarse la inscripción de defunción sin que se

haya presentado ante el Registro Civil el certificado médico de defunción.

Artículo 67. Supuestos especiales de inscripción de la defunción.

1. Cuando el cadáver hubiera desaparecido o se hubiera inhumado antes de la inscripción, será necesaria resolución judicial, procedimiento registral u orden de la autoridad judicial en la que se acredite legalmente el fallecimiento.

2. Si hubiera indicios de muerte violenta o en cualquier caso en que deban incoarse diligencias judiciales, la inscripción de la defunción no supondrá por sí misma la concesión de licencia de enterramiento o incineración. Dicha licencia se expedirá cuando se autorice por el órgano judicial competente.”

Así pues, es imprescindible la emisión de un certificado de defunción para la inscripción de la muerte de una persona, según nuestras normas.

B) Epidemiológica

Los datos contenidos en el certificado médico de defunción facilitan el conocimiento de los patrones acerca de las causas de muerte en nuestra sociedad.(3) También sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades.(9) Además, el registro de mortalidad es fundamental para diseñar y valorar las políticas sanitarias. (4)

MODELO DE CERTIFICADO EN ESPAÑA

El certificado de defunción debe realizarse siempre en el impreso oficial distribuido por los Colegios Oficiales de Médicos.(2)

En 2009 se cambió el modelo de certificado médico de defunción, en virtud de un convenio entre la Organización Médica Colegial y el Instituto Nacional de Estadística (4) y desde entonces se puede considerar que

el Certificado Médico de Defunción y el Boletín Estadístico de Defunción son un único documento que consta de dos impresos (10). Las dos primeras páginas corresponden al certificado médico de defunción y las dos segundas constituyen el boletín estadístico de defunción. Estos dos impresos son un único documento y, por tanto, son inseparables.

La unificación de estos impresos aviva algunos conflictos en cuanto al tratamiento de los datos que contienen, pues en el documento se indica que está protegido por el secreto estadístico.

DESTINO DEL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Cuando se produce el fallecimiento de una persona, el médico correspondiente emite el certificado en el modelo antes indicado y lo facilita a los familiares o al personal autorizado. Este documento se entrega en la Oficina del Registro civil de la localidad donde deberá inscribirse la defunción y expedirse la licencia de enterramiento o autorizar la incineración del cadáver.

En 1994, mediante la Orden ministerial de 6 de junio, se suprimió la causa de la muerte en la inscripción de la defunción en el Registro civil, de modo que los encargados del Registro civil, anotan únicamente los datos de identidad y circunstanciales recogidos en el certificado y no los clínicos.

Según se lee en el modelo actual, “los encargados del Registro civil remitirán al Instituto Nacional de Estadística, a través de sus Delegaciones, los boletines de nacimientos, abortos, matrimonios, defunciones u otros hechos inscribibles” (Artículo 20 del Reglamento de la Ley del Registro Civil) (7). Así, pues, el destino final del Certificado Médico de Defunción es el Instituto Nacional de Estadística.

Conviene añadir, que el año 2000 (Orden de 25 de febrero) se creó el Índice Nacional de Defunciones, que constituye un sistema de información que contiene “datos personales, de todas y cada una de las defunciones, que hayan sido inscritas en el Registro Civil correspondiente. Los datos contenidos en el mismo serán

los que constan en la correspondiente inscripción de la defunción en el Registro Civil. La estructura básica de este fichero automatizado será la de una base de datos “(11). El Índice Nacional de Defunciones no contiene ninguna información relativa a la causa de muerte (12). En la orden de 25 de febrero de 2000, se puede leer que “De acuerdo con la Orden del Ministerio de Justicia e Interior, de 6 de junio de 1994, sobre supresión del dato relativo a la causa de la muerte en la inscripción de defunción, el dato sobre la causa, tanto inmediata como fundamental, de la muerte es ajeno a la institución registral. Por ello, la información que la Dirección General de los Registros y del Notariado facilitará para la formación del Índice Nacional de Defunciones no incluirá la causa de la defunción” (11)

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA.

El problema no es reciente. De hecho, algunos autores han tratado al Certificado Médico de Defunción como “ese oscuro objeto de deseo”. (13) Dado que el certificado médico de defunción se expide en un impreso oficial y su finalidad no es asistencial, no forma parte de la historia clínica, a pesar de que la historia clínica, según el artículo 3 de la Ley de Autonomía Paciente “es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”(14) También se considera la historia clínica como la "biografía patológica de la persona, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental a la hora de juzgar la actuación del profesional sanitario"(15) Por ello, se podría considerar que el certificado médico de defunción es el último documento expedido en el proceso asistencial. Sin embargo, en la práctica este proceso asistencial, siguiendo la normativa vigente, finaliza con la emisión del llamado Informe de alta médica, cuando se trata de procesos de hospitalización.

La Ley de Autonomía del paciente especifica cuál es el Contenido de la historia clínica de cada paciente:

Artículo 15:

“1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.

m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

n) La aplicación terapéutica de enfermería.

ñ) El gráfico de constantes.

o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b) , c) , i) , j) , k) , l) , ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.”

Artículo 22 de la normativa autonómica de la CV los contenidos mínimos de la historia clínica son:

“a) Identificación de la institución, del centro, número de tarjeta SIP, si procede, número de historia clínica y nota indicativa de las características de confidencialidad que contiene.

b) Datos suficientes para la identificación del paciente:

- Nombre y apellidos.
- Fecha y lugar de nacimiento.
- Sexo.
- Domicilio habitual y teléfono.
- Fecha de asistencia y de ingreso

si procede.

- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.

- Servicio o unidad en la que se presta la asistencia, si procede.

- Número de habitación y de cama en caso de ingreso.

- Médico responsable del enfermo.

- Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente. Cualquier otro dato que se establezca normativamente.

c) Datos clínico asistenciales:

- Anamnesis y exploración física.

Descripción de la enfermedad o problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta.

- Hoja de interconsulta.

- Procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de exámenes especializados, y las hojas de interconsulta.

- Hojas de evolución y seguimiento.

- Documento de consentimiento informado, si procede.

- Hoja de voluntades anticipadas, si las hubiere.

- Hoja de autorización.

- Informe quirúrgico y de anestesia, si procede.

- Informe de alta.

- Hoja de problemas.

- Documento firmado de alta voluntaria, si lo hubiere.

- Informe de necropsia, si existe.

- Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente.

d) Datos sociales:

- Informe social, si procede.”

De todos los documentos que forman parte de la historia clínica, el informe clínico de alta constituye “el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas”. Artículo 3 Ley autonomía del paciente. Este documento está regulado específicamente en el capítulo VI de dicha ley

“Artículo 20. *Informe de alta.*

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una

vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.”

En la comunidad valenciana (16) se considera:

“Artículo 18. Informe de alta

Todo paciente o familiar o persona allegada en los términos establecidos en esta ley, al finalizar el proceso asistencial, tiene derecho a recibir un informe de alta con los siguientes contenidos mínimos: datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Las características, los requisitos y las condiciones de los informes de alta, se determinarán de forma reglamentaria por la Conselleria de Sanidad.”

Cuando una persona fallece en un centro sanitario, su historia clínica finaliza con el informe clínico de alta en el que consta, entre otra información, el diagnóstico. No existe obligatoriedad legal de anotar en dicho informe las causas de defunción (inmediata, intermedia, fundamental) Tampoco existe obligación de anotar en la historia clínica de atención primaria, el fallecimiento y sus causas, cuando éste se ha producido en el domicilio o en cualquier lugar que no sea un centro hospitalario. Esto a pesar de las recomendaciones “la realización y firma del Certificado Médico de Defunción representa un acto médico con repercusiones médico-legales importantes, que implica el reconocimiento del cadáver, conocer las circunstancias y causa de la muerte, y dejar constancia en la historia clínica de la información relativa al acto médico.” (4)

Lo expuesto anteriormente explica que las causas de la muerte sólo se encuentren como tales en el certificado médico de defunción, exceptuando aquéllos

casos aislados en los que el médico las haya podido anotar en la historia clínica.

La ley de protección de datos genera obligaciones que afectan, como no podría ser de otro modo, a la información sanitaria de los pacientes; de forma que la ley limita el acceso a la misma. Sin embargo, entre los usos de la historia clínica se encuentra el acceso con fines judiciales (24.4 ley autonómica y art. 16.3 ley 41/...), que se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso.

Artículo 16.

3 “El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”.

Luego, está determinada legalmente la posibilidad de que jueces y tribunales accedan a la información médica de la historia clínica. Como se ha dicho, el Certificado médico de defunción se emite con fines jurídicos y estadísticos y su destino final es el instituto nacional de estadística y, aunque el Instituto Nacional de Estadística es responsable de la segunda parte del documento, la unificación del Certificado Médico de Defunción ha supuesto en la práctica que todo él esté regulado por el secreto estadístico, lo que significa que (17)

Artículo 13

“1. Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas.

2. Se entiende que son datos personales los referentes a personas físicas o jurídicas que o bien permitan la identificación inmediata de los interesados, o bien conduzcan por su estructura, contenido o grado de desagregación a la identificación indirecta de los mismos.

3. El secreto estadístico obliga a los servicios estadísticos a no difundir, en ningún caso, los datos personales cualquiera que sea su origen.”

Por este motivo, cuando por parte de la autoridad judicial se solicita al Instituto Nacional de Estadística que facilite las causas de la muerte de una determinada persona, su respuesta remite al artículo anterior, no revelando dicha información.

Si bien es cierto que la misma Ley, en artículos posteriores, deja margen a la interpretación legal cuando dice que la comunicación a efectos no estadísticos no estará sujeta al secreto estadístico. Pero este tema, puramente jurídico, queda al margen de lo pretendido en este trabajo

Artículo 14

1. El secreto estadístico será aplicado en las mismas condiciones establecidas en el presente Capítulo frente a todas las Administraciones y organismos públicos, cualquiera que sea la naturaleza de éstos, salvo lo establecido en el artículo siguiente.

2. Queda prohibida la utilización para finalidades distintas de las estadísticas de los datos personales obtenidos directamente de los informantes por los servicios estadísticos.

Artículo 15

1. La comunicación a efectos estadísticos entre las Administraciones y organismos públicos de los datos personales protegidos por el secreto estadístico solo será posible si se dan los siguientes requisitos, que habrán de ser comprobados por el servicio u órgano que los tenga en custodia:

a) Que los servicios que reciban los datos desarrollen funciones fundamentalmente estadísticas y hayan sido regulados como tales antes de que los datos sean cedidos.

b) Que el destino de los datos sea precisamente la elaboración de las estadísticas que dichos servicios tengan encomendadas.

c) Que los servicios destinatarios de la información dispongan de los medios necesarios para preservar el secreto estadístico.

2. La comunicación a efectos no estadísticos entre las Administraciones y organismos públicos de la información que obra en los registros públicos, no estará sujeta al secreto estadístico, sino a la legislación específica que en cada caso sea de aplicación.

Dicho lo anterior, la realidad pone de manifiesto que las causas de la muerte de una persona, que deberían ser consideradas datos médicos y cuyo estudio es fundamental para mejorar la calidad asistencial, tienen carácter de dato estadístico. Este hecho, unido a que no se anotan en la historia clínica del paciente, dificulta, incluso impide, conocer esta información, no sólo con fines judiciales, sino con otra finalidad como puede ser la investigación médica.

Ya se ha comentado que el problema no ha surgido recientemente, sino que se plantea desde hace mucho y lo sufren sobre todo los investigadores clínicos. Éstos pueden obtener información sobre la causa de muerte de un conjunto de personas a través del Instituto Nacional de Estadística, pero el procedimiento es costoso en dinero y tiempo, pues el investigador debe trasladarse a la sede del INE, previa firma de un convenio (13).

3. PROPUESTA

Que quede incorporada a la historia clínica una copia del certificado médico de defunción (dos primeras páginas del modelo utilizado desde 2009), lo cual sería de aplicación tanto a los centros hospitalarios como en atención primaria o bien que en los casos de muerte en el centro hospitalario, el informe de alta recoja como apartados específicos las causas de la muerte de forma clara, tal y como constan en el certificado médico de defunción: causa inmediata, intermedia, fundamental, otros procesos.

AGRADECIMIENTOS

A Matilde Corma Brusel, por ayudarnos a entender la dinámica del Registro Civil.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- GISBERT JA, GISBERT MS, documentos medicolegales en Medicina Legal y Toxicología. 5ª Ed. 1998. Masson. Barcelona.
- 2.-Declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción. De la Comisión Central Deontológica de la Organización médica colegial. Disponible en: <http://www.comtoledo.org/admin/media/documentos/6.pdf>
- 3.- CASADO M., Manual de documentos medicolegales, Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura, 2008. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_45493_FICHERO_NOTICIA_28619.pdf
- 4.- ARIMANY J, BARBERIA E, RODRÍGUEZ JJ, El nuevo certificado de defunción. Editorial. Rev. Esp. Med Legal 35 (1):36, 2009.
- 5.- CÓDIGO CIVIL, disponible en <http://noticias.juridicas.com/>
- 6.- Ley de 8 de junio de 1957, sobre el REGISTRO CIVIL. Disponible en <http://noticias.juridicas.com>
- 7.- Decreto de 14 de noviembre de 1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil. Disponible en <http://noticias.juridicas.com>
- 8.- Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/22/pdfs/BOE-A-2011-12628.pdf>
- 9.- RABA S, et. al., Errores en la cumplimentación de los certificados médicos de defunción: la parada cardio-respiratoria como causa inmediata de muerte y sus consecuencias. Revista de la SEMG, 2004, 65, 349-53.
- 10.- Modelo de certificado de defunción. Disponible en: http://www.ine.es/metodologia/t20/cues_def_09.pdf
- 11.- ORDEN de 25 de febrero de 2000 por la que se crea y regula el Índice Nacional de Defunciones. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2000/03/03/pdfs/A09036-09038.pdf>
- 12.- Manual de uso del Índice Nacional de Defunciones. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/indNacDefunciones/Manual_de_acceso_INDEF_Agosto_2009.pdf
- 13.- NAVARRO C, El Índice Nacional de Defunciones: un avance en la accesibilidad de los datos de mortalidad largamente esperado. Gac Sanit. 2006;20 (6):421-3
- 14.- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Disponible en <http://noticias.juridicas.com>
- 15.- GALÁN CORTÉS JC: Aspectos legales de la relación clínica. Jarpyo Ed., Madrid, 2000. Citado por RODRIGUEZ H y DE PENA M, Historia clínica: enfoque medicolegal desde la normativa vigente en Uruguay. Disponible en:

<http://www.mednet.org.uy/cq3/estudiantes/hc-aml.pdf>

16.- LEY 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. Disponible en:

http://www.docv.gva.es/datos/2003/01/31/pdf/2003_1150.pdf

17.- Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública. Disponible en:
<http://www.ine.es/normativa/leyes/l1289.htm>